

## **Fortschrittsbericht der Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“**

Die Bund-Länder-AG „sektorenübergreifende Versorgung“ tagt seit ihrer konstituierenden Sitzung regelmäßig, um den Auftrag aus dem Koalitionsvertrag, Vorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vorzulegen, umzusetzen.

Mit dem im Mai 2019 vorgelegten Eckpunktepapier wurden bereits mehrere Punkte aufgegriffen und dabei betont, dass die dort beschlossenen Maßnahmen nicht als abschließend zu betrachten sind. Vielmehr wird die AG weitere Themen bearbeiten, zu denen zum Beispiel die haus- und fachärztliche Koordination, das Belegarztwesen und das Management von Schnittstellen zwischen den Sektoren zählen. Dieser Fortschrittsbericht enthält eine Bestandsaufnahme der bisherigen Arbeit der AG und benennt weitere Themenfelder, die als nächste bearbeitet werden sollen. Unabhängig von den jetzt anstehenden Themen der AG werden künftig auch die Diskussionen zur Bedarfsplanung sowie der Abgrenzung von Kranken- und Pflegeversicherung aktuell bleiben.

### **I. Sachstand der Beratungen und Ausblick**

#### **1. „Reform der Notfallversorgung“**

##### Hintergrund

Mit der Reform der Notfallversorgung soll der hohen Inanspruchnahme der Notaufnahmen der Krankenhäuser und der Rettungsdienste der Länder entgegengewirkt und eine bedarfsgerechte Notfallversorgung sichergestellt werden, die von den Patientinnen und Patienten angenommen wird. Dafür muss eine koordinierte Zusammenarbeit der Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung erreicht werden. Geplant ist eine einheitliche telefonische Steuerung von Menschen in medizinischen Notsituationen über die Rufnummer 116 117 sowie auch über die rettungsdienstliche Notrufnummer 112, die Einrichtung von integrierten Notfallzentren, die gemeinsam von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern betrieben werden sollen, sowie die Regelung der medizinischen Notfallrettung durch die Rettungsdienste der Länder als neuen Leistungsbereich in der gesetzlichen Krankenversicherung.

##### Sachstand:

Der Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform zur Notfallversorgung befindet sich derzeit in der Abstimmung mit den Ressorts, Ländern und Verbänden.

#### **2. Umsetzung des ersten Eckpunktepapiers der Bund-Länder-AG**

## Hintergrund

Im Mai 2019 konnte ein (erstes) Eckpunktepapier weitestgehend konsentiert werden. Die Eckpunkte bleiben weiter maßgeblich und werden umgesetzt. Das Eckpunktepapier greift folgende Themenfelder auf:

### **Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser**

Die AG hat diskutiert, inwieweit mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung existierende ambulante Versorgungslücken geschlossen werden können, indem Kapazitäten des stationären Versorgungsbereichs für die Sicherstellung der ambulanten Grundversorgung, insbesondere in Regionen, in denen der ambulante Versorgungsbedarf aktuell und zukünftig nicht gedeckt werden kann, nutzbar gemacht werden. Hierbei sollen die Möglichkeiten für Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung erweitert beziehungsweise die Voraussetzungen dafür bei entsprechendem ambulantem Versorgungsbedarf vereinfacht werden. Die Länder erhalten die Möglichkeit, in von ihnen bestimmten ländlichen oder strukturschwachen Teilgebieten eines Planungsbereichs mit einem zusätzlichen ambulanten Versorgungsbedarf Krankenhäuser zu bestimmen, denen sie Versorgungsaufträge zur ambulanten Behandlung übertragen. Das Land hat dabei auch darüber zu entscheiden, ob das Krankenhaus in ein ambulantes Gesundheitszentrum oder in ein „ambulant-stationäres Gesundheitszentrum“ umgewandelt werden soll. Darüber hinaus kann dem Krankenhaus ein ambulanter Versorgungsauftrag übertragen werden, ohne dass das Krankenhaus zwingend umgewandelt werden muss.

### **Gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich**

Zur Verbesserung der Patientenversorgung soll ein gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich festgelegt und beschrieben werden, der künftig für den ambulanten und stationären Bereich einheitlich sektorenübergreifend organisiert wird. Ziel ist es, die Versorgung so deutlich patientenfokussierter zu gestalten, indem Leistungen, die bisher im Krankenhaus stattfinden, aber auch ambulant erbracht werden können, sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern zwingend ambulant zu erbringen sind. Die Leistungen (Eingriffe oder konservative Behandlungen) werden konkret beschrieben und einheitlich vergütet. Die Stärkung ambulanter Versorgungsformen verringert insgesamt den Pflegebedarf und entlastet das ärztliche und vor allem das pflegerische Personal, sodass notwendige Freiräume für eine intensivere Betreuung stationär zu behandelnder Patientinnen und Patienten geschaffen werden.

### **Hausarzt - Pflege**

Darüber hinaus soll einer unzureichenden Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten auf der einen Seite und ambulanten Pflegediensten auf der

anderen Seite begegnet werden, um die diagnostische, therapeutische und pflegerische Versorgung von insbesondere alleinlebenden, chronisch kranken und alten Menschen zu verbessern. Die Abstimmung zwischen Vertragsärzten und Pflegediensten hängt oft von der Initiative und Kooperationsbereitschaft der Akteure ab. Ziel ist eine strukturierte Koordination und Kooperation der Leistungserbringer, beispielsweise durch Fallbesprechungen und Qualitätszirkel, um die Krankenbehandlung bei Patientinnen und Patienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf zum Erfolg zu führen.

Sachstand:

Das BMG arbeitet an der Umsetzung der Eckpunkte und strebt an, im ersten Quartal 2020 einen Referentenentwurf vorzulegen. Für die Definition des gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereichs wird kurzfristig gutachterliche Unterstützung erfolgen.

### **3. Themen für die weitere Beratung der Bund-Länder AG**

Im Eckpunktepapier der Bund-Länder AG vom Mai 2019 ist festgehalten, dass diese Maßnahmen nicht als abschließend zu betrachten sind und weitere Themen zu betrachten sind, z.B. haus- und fachärztliche Koordination, Belegarztwesen und Management von Schnittstellen. Diese geplanten Themen werden nachfolgend kurz beschrieben.

#### **a) Verbesserung der ärztlichen Kooperation und Koordination**

Hintergrund:

Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Patientinnen und Patienten müssen – abhängig von der Art und Dauer ihrer Erkrankung – zahlreiche Leistungserbringer in ihre Behandlung miteinbeziehen. Eine bedarfsgerechte Kooperation und Koordinierung aller Angebote und Leistungen entsprechend der therapeutisch notwendigen Behandlungsverläufe ist für die unterschiedlichen Behandlungsbedarfe und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten herzustellen.

Die gilt insbesondere

1. für die umfassende Aufgabe der hausärztlichen Koordination
2. für planbare Interventionen inklusive der Vor- und Nachbehandlung
3. für die Koordination während schwerer akuter oder längerfristiger Erkrankungen
4. wie auch für die Koordination der Behandlung von lebensbegleitenden chronischen Erkrankungen, die besondere Fachexpertise bedürfen.

Das tief gegliederte deutsche Gesundheitssystem mit seiner hohen fachlichen Differenzierung und Spezialisierung der Leistungserbringer erschwert es, den Anforderungen an eine nahtlose Behandlungskette gerecht zu werden.

Weiteres Vorgehen:

Die Bund-Länder-AG wird prüfen, wie ggf. die Kooperation und Koordinierung der Angebote und Leistungen des Gesundheitssystems – innerhalb und insbesondere über die Sektorengrenzen hinweg – verbessert werden kann. Prüfgegenstände sind dabei für die hausärztliche Koordination u.a. die Zweckmäßigkeit der bisherigen quartalsbezogenen Honorierung, die Einführung einer kontaktunabhängigen Koordinierungspauschale etc. Darüber hinaus ist insbesondere zu analysieren, welche Ansätze zur Kooperation und Koordinierung von Angeboten und Leistungen für die sonstigen fachärztlichen Behandlungsbedarfe gemäß der obigen Ziffern 2-4 bereits im geltenden Recht enthalten sind, und welche Maßnahmen zu deren Weiterentwicklung erforderlich sind.

**b) Unterstützende Leistungen zur Verbesserung der Compliance medizinischer und pflegerischer Behandlungsempfehlungen**

Hintergrund:

In ländlichen und strukturschwachen Regionen und Gebieten bestehen aufgrund der besonderen sozialen und räumlichen Situation Problemlagen, die allein mit medizinisch/pflegerischen Versorgungsangeboten nicht immer gelöst werden können. Dies führt zu wissenschaftlich belegten Morbiditätsunterschieden zur durchschnittlichen Bevölkerung. Aber auch chronisch Kranke und Patienten und Patientinnen in schwierigen sozialen Kontexten werden von den Behandlungsangeboten häufig nicht erreicht. Es liegt hinreichend Evidenz vor, dass die Compliance zur Umsetzung der medizinisch/pflegerischen Behandlungsempfehlungen für die Bevölkerungsgruppen meist nicht ohne zusätzliche Unterstützung erreicht werden kann. Dies stellt die vertragsärztliche Versorgung aufgrund des erhöhten Versorgungsdrucks oft vor erhebliche Herausforderungen, zumal ländliche und strukturschwache Regionen meist unterdurchschnittlich versorgt sind.

Eine solche Unterstützung durch die bedarfsgerechte Koordinierung der Angebote und Leistungen entsprechend der therapeutisch notwendigen Behandlungsverläufe wird sowohl im gesamten Bereich der intersektoralen Grundversorgung als auch speziell bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen in diesen schwierigen Kontexten von vielen Beteiligten gefordert. Vorhandene Angebote der Prävention werden bisher von dieser Zielgruppe nicht adäquat angenommen. Hier bedarf es eine Intensivierung der Motivation.

Nationale und internationale Erfahrungen betonen zur Verbesserung eine patienten-zentrierte Mittlerrolle im Sinne einer Patientenunterstützung bzw. Patientenlotsenfunktion. Beispiele liegen in Deutschland durch vom Innovationsfonds eingeführte oder durch Stiftungen initiierte Modellversuche, international durch dort eingeführten Funktionen z.B. einer community health nurse vor.

Weiteres Vorgehen:

Die Bund-Länder-AG prüft, inwieweit eine leistungsrechtliche Verankerung zur Verbesserung der Compliance ermöglicht werden kann, wobei ländliche und strukturschwache Gebiete besonders in den Blick genommen werden sollen.

**c) Übergangspflege / Kurzzeitpflege**

Hintergrund:

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen in den kommenden Jahren weiter steigen und damit auch der Bedarf an Pflegeplätzen – stationär, teilstationär sowie Plätze zur Kurzzeitpflege. In der Praxis stellt sich häufig das Problem, dass die Wartezeiten für Patientinnen und Patienten auf einen Kurzzeitpflegeplatz unangemessen lang sind und sie wegen fehlender Nachsorgemöglichkeiten nicht aus dem Krankenhaus entlassen werden können. Das Entlassmanagement im Krankenhaus ist erfolglos, weil keine Plätze in der Kurzzeitpflege, in Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen verfügbar sind und eine Unterstützung zuhause nicht vorhanden ist.

Weiteres Vorgehen:

Um die pflegerische Versorgung sicherzustellen bis ein ausreichender Ausbau regulärer Kurzzeitpflegeplätze erreicht ist, wird die AG die Möglichkeit prüfen, eine Übergangspflege/Kurzzeitpflege im Krankenhaus nach Krankenhausbehandlung einzuführen. Hiermit wird die Option für Krankenhäuser zu erwägen sein, inwieweit und in welcher Ausgestaltung freie räumliche Ressourcen für eine die Kurzzeitpflege entsprechende Übergangspflege/Kurzzeitpflege genutzt werden können. Die AG wird dabei die rechtlichen Rahmenbedingungen des SGB V als auch des SGB XI in den Blick nehmen Klärungsbedürftig wären hierbei u.a. Personenkreis, Leistungsinhalte und -länge sowie Finanzierungs- und Vergütungsgrundsätze sowie mögliche Anreizwirkungen.

#### **d) Weiterentwicklung des Entlassmanagements und der nachstationären Behandlung der Krankenhäuser**

##### Hintergrund:

Zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung umfasst die Krankenhausbehandlung ein Entlassmanagement. Bei der Umsetzung dieses sektorenübergreifenden Versorgungsangebotes sieht die AG Optimierungspotentiale. So werden etwa bislang Krankenhäuser, die ihrer Verpflichtung im Rahmen des Entlassmanagements nicht oder nur unzureichend nachkommen nicht sanktioniert.

##### Weiteres Vorgehen:

Bei Krankenhäusern, die ihrer Verpflichtung zum Entlassmanagement zur Klärung und Veranlassung der nachstationär erforderlichen Anschlussversorgung nicht nachkommen, sollen künftig Vergütungsabschläge greifen. Die Vertragspartner auf Bundesebene (GKV-Spitzenverband und DKG) werden beauftragt, das Nähere zu den sanktionierten Pflichtverletzungen sowie zu den Voraussetzungen und zur Ausgestaltung der Abschläge zu vereinbaren. Dabei müssen die Kostenträger das Antragsverfahren für die Anschlussbehandlung vereinheitlichen und beschleunigen.

Darüber hinaus wird die AG auch weitere Verbesserungsmöglichkeiten des Entlassmanagements prüfen.

#### **e) Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin**

##### Hintergrund

Seitens der Verbände für Kinder und Jugendmedizin, durch Presse und Elterninitiativen wird beklagt, dass Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin zunehmend geschlossen werden, weil diese mit den vorhandenen Mitteln nicht auskömmlich wirtschaften könnten. Zudem hat ein Verband Bedarf für eine Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten durch Klinikärztinnen und Klinikärzte gesehen. Außerdem hat die AOLG mit Beschluss vom 6./7. November 2019 ein Fachgespräch zu diesem Themenkomplex gefordert.

##### Weiteres Vorgehen:

Innerhalb der AG besteht Einigkeit darüber, die Versorgungssituation in der Kinder- und Jugendmedizin verbessern zu wollen. Dafür sollen kurzfristig die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- Die Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin sollen in die Regelungen zum Sicherstellungszuschlag einbezogen werden.
- Das BMG wird mit den Ländern weitere Maßnahmen in einem separaten Fachgespräch mit Experten und zu benennenden Ländervertretern erörtern.

- Ein entsprechender Fragenkatalog zur Vorbereitung des Fachgesprächs wurde am 8. Januar 2020 an die Länder versandt. Die Auswertung erfolgt gemeinsam mit den Ländern.
- Die AG wird sich in diesem Zusammenhang mit der Auswertung der entsprechenden sektorenübergreifenden Aspekte befassen.

#### **f) Sektorenübergreifende Versorgung im Bereich der Psychiatrie**

##### Hintergrund:

Aufwertung der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA): GKV-SV, DKG und KBV sind dafür zuständig, die Gruppen der psychischen Krankheiten festzulegen, die in den PIA behandelt werden können. Eine entsprechende Vereinbarung einschließlich einer Positivliste von in Frage kommenden Diagnosen wurde zwischen den Vertragspartnern getroffen.

##### Weiteres Vorgehen:

Es wird vorgeschlagen, den Vertragsparteien eine gesetzliche Verpflichtung zur Überprüfung und ggf. Anpassung der Vereinbarung aufzugeben.

#### **g) Ausschöpfung von Ambulantisierungspotential**

##### Hintergrund:

Im internationalen Vergleich ist der Anteil an stationärer Leistungserbringung in Deutschland überdurchschnittlich hoch. Dies gilt beispielhaft besonders in Leistungsbereichen wie der Dermatologie, der HNO oder der Augenheilkunde. Zum Teil sind stationäre Behandlungsmöglichkeiten in der Augenheilkunde und in der Dermatologie in anderen westlichen Ländern gänzlich unbekannt. Hier besteht ein Potenzial zur Ambulantisierung der entsprechenden Leistungen.

##### Weiteres Vorgehen

Die Bund-Länder-AG wird prüfen, welche Möglichkeiten bestehen, das Ambulantisierungspotenzial insbesondere in den Leistungsbereichen zu heben, in denen in Deutschland, anders als in Ländern mit vergleichbarem Gesundheitssystem, Leistungen überdurchschnittlich oft stationär erbracht werden. Hierbei wird sie auch in den Blick nehmen, ob und welche Anreize (für die Krankenhäuser) geschaffen werden sollten, bisher stationär erbrachte Leistungen ambulant zu erbringen.

## **h) Belegärzte**

### Hintergrund:

Das Belegarztwesen ist ein Modell für die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, in dem konservative und operative Leistungen sektorenübergreifend erbracht werden. Gleichwohl ist in den letzten Jahren ein Rückgang belegärztlicher Strukturen und ein Aufbau belegarztersetzender Strukturen zu verzeichnen.

### Weiteres Vorgehen:

Die AG wird prüfen, wie die Rahmenbedingungen des Belegarztwesens, etwa in Bezug auf das Abrechnungssystem, verbessert werden können, um das sektorenübergreifende Potenzial dieser sektorenübergreifenden Versorgungsform zu nutzen.